

**NOTICE OF FORM CHANGE NO. 04-163**

DATE

06-14-2004

**TO:**  
County Welfare Director  
Supply Clerk / Forms Coordinator

**FROM:**  
Forms Management Unit  
(916) 657-1907

Community Care Licensing District Offices  
 Private and Public Adoption Agencies

District Attorney  
 Other

Listed below is information regarding a form change. Only applicable information is shown.

This notice updates your Department of Social Services County Forms Catalog.

FORM NUMBER AND TITLE CCP 2145 (5/04) English and Spanish  
CalWORKs Child Care Reimbursement Report

ORDER UNIT MASTER ONLY	<input checked="" type="checkbox"/> Free <input type="checkbox"/> Sold	ESTIMATED PRICE	INITIAL SUPPLY SENT <input type="checkbox"/> Yes <input checked="" type="checkbox"/> No
<input checked="" type="checkbox"/> New <input type="checkbox"/> Revised	DATE OF FORM 5/04	REPLACES TEMP 2145 (10/97)	<input type="checkbox"/> Obsolete
REQUIRED FORM- <input type="checkbox"/> No Change Permitted	REQUIRED FORM- <input type="checkbox"/> Substitute Permitted With Prior DSS Approval	<input checked="" type="checkbox"/> Recommended Form	
UNLESS OTHERWISE SPECIFIED STOCK MAINTAINED AT: <b>Department of Social Services Warehouse</b> <b>P.O. Box 980788</b> <b>West Sacramento, CA 95798-0788</b>		<input type="checkbox"/> Other:	

**FORMS DISPOSITION AND SPECIAL INSTRUCTIONS**

DISPOSITION OF OLD SUPPLY

Use until exhausted  Destroy

USE NEW FORM

When supply available in DSS Warehouse  Use new form effective 5/04

USE FORM IN ACCORDANCE WITH

All County Letter No.  
 Other (specify)

ADDITIONAL INFORMATION REGARDING FORM CHANGE

Attached is a Reproducible Copy

Print form: 8 1/2 x 11, 2 sided.

Check on the internet to see if forms are available at [www.dss.cahwnet.gov](http://www.dss.cahwnet.gov)

For camera-ready copies of English and Spanish forms, please call the Forms Management Unit (FMU) at (916) 657-1907, or by electronic mail at: [fmudss@dss.ca.gov](mailto:fmudss@dss.ca.gov). Contact Language Services for other languages at (916) 445-6778 or by electronic mail at [LTS@dss.ca.gov](mailto:LTS@dss.ca.gov).

# CalWORKs CHILD CARE REIMBURSEMENT REPORT

**Instructions:**

- If you have approved child care costs and want a payment, fill out and return this report to your child care worker each month. If a complete report is not received each month, your child care benefits may be late, denied, or stopped.
- PART A must be filled out by you and PART B, on the back of this form, must be filled out by each child care provider. If needed, ask your worker for more copies.

**PART A - PARTICIPANT FILLS IN THIS SECTION.**

<b>1.</b> MONTH/YEAR OF REQUEST	<b>2.</b> NAME (FIRST, MIDDLE, LAST)	CASE NAME, IF DIFFERENT	HOME PHONE (    )
WORK PHONE, IF APPLICABLE (    )	ADDRESS (STREET, CITY, STATE, ZIP CODE)		

**3.** List the number of hours you worked or participated in a CalWORKs county approved activity each day in the month. (Do not write in the blanks on days you did not go to work or did not participate in a county approved activity.) Attach proof.

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	TOTAL HOURS

**4.** List your normal work or CalWORKs county approved activity hours.  
*For example: Monday-Thursday, 8:00 a.m. to 5:00 p.m.; Saturday, 1:00 p.m.-5:00 p.m., Sunday 1:00 p.m. - 4:00 p.m. and 6:00 p.m. - 9:00 p.m.*

**5.** It takes me \_\_\_\_\_ hours \_\_\_\_\_ minutes each day to go to and from my child care provider(s) and where I go to work and/or other CalWORKs county approved activity.

CHILD'S NAME	BIRTHDATE	AGE	PROVIDER'S NAME	AMOUNT PAID

**6.** My child care provider has changed since my last request for a child care payment. (If "yes", your new provider must be approved before you can get a payment.)  YES  NO

**7.** I am receiving child care subsidies from another source. (If "Yes", please describe)  YES  NO

<b>COUNTY USE ONLY</b>	
Date Received:	
Worker Number:	
Case Name:	
Case Number:	
<input checked="" type="checkbox"/> the boxes below when the status for each has been verified.	
<input type="checkbox"/> Total Hours Verified	
<input type="checkbox"/> Evening/weekend Hours	
For License Exempt Provider <input type="checkbox"/> Applied For Trustline <input type="checkbox"/> Trustline Registered <input type="checkbox"/> Exempt From Trustline <input type="checkbox"/> RMR Changed	

**CERTIFICATION**

I understand that:

- I am certifying I worked or participated in other CalWORKs county approved activity on the days and hours listed above.
- Any statements made on this form are subject to investigation and verification.
- I must report to my child care worker any time a parent of a child receiving child care moves into my home or another child moves into my home, including newborns.
- I must report if my family income has reached or is over the following family fee income thresholds and has changed since last reported to child care:
 

Family size*	Income per Month	Family Size	Income per month
1-2	\$1820 per month	3	\$1950 per month
4	\$2167 per month	5 or more	\$2513 per month
- \*Family size includes adults and children related by blood, marriage, or adoption that live in the home of the child receiving child care.
- I have the right to choose the child care provider who is best for me and my child(ren).
- The provider must have a license or be exempt from having a license in order for me to get a child care payment.
- If I choose a license exempt child care provider, (s)he must apply for or be Trustline registered and meet Health & Safety Certification criteria unless exempt.
- The county does not act as the child care provider's employer, and does not have a business relationship with the child care provider when a child care payment is paid.
- If I choose child care in my home, I may be considered the employer and am responsible for complying with any applicable federal and state employment-related laws.
- I must pay back any child care payments I am not entitled to get.

**I declare under penalty of perjury under the laws of the State of California that the information contained in PART A on this report is true and correct.**

SIGNATURE OF RECIPIENT	DATE

**PART B - ONLY CHILD CARE PROVIDER FILLS IN THIS SECTION.**

**Month/Year of Request:** \_\_\_\_\_

1. PROVIDER'S NAME (FIRST, MIDDLE, LAST) OR NAME OF FACILITY						SOCIAL SECURITY NUMBER/TAX ID NUMBER (OPTIONAL)	
ADDRESS WHERE CARE IS PROVIDED	NUMBER	STREET	CITY	STATE	ZIP CODE	PHONE ( )	
BILLING ADDRESS, IF DIFFERENT THAN ABOVE. ADDRESS	NUMBER	STREET	CITY	STATE	ZIP CODE	PHONE ( )	

2. I provided child care in:  My Home  Child's Home  Family Day Care Home  Day Care Center  
 ( Small  Large)  
 for the family listed on the front in \_\_\_\_\_ (Month/Year), for the following child(ren): Family fee paid

Child's Name	Amount Charged Per Child	Rate Charged	Specify How Charged (per hour, day, week, month)
A.			
B.			
C.			
D.			
<b>Total</b>			

3. List the number of hours you provided child care to each child for each day of the month:

Child	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	TOTAL
A.																																
B.																																
C.																																
D.																																

**Other information:**

4. For the boxes listed below, check (✓) the one that applies to you.

- I certify I am a licensed child care provider and my valid license number is \_\_\_\_\_.
- I certify I do not need a child day care license because (only one needs to apply):
  - I am related to the child: Child A: \_\_\_\_\_, Child B: \_\_\_\_\_, Child C: \_\_\_\_\_, Child D: \_\_\_\_\_.  
 (RELATIONSHIP) (RELATIONSHIP) (RELATIONSHIP) (RELATIONSHIP)
  - I care for my own family's child(ren) and the child(ren) from only one other family at any one time.
  - The facility is a public or private exempt school which operates a program before and/or after school for school-age children, providing the program offered by a school is operated by the school and run by qualified teachers employed by the school recreation program or school district.
  - The facility is a public or private recreation program.

**CERTIFICATION**

- I declare that I am at least 18 years of age.
- I declare that I provided the child care listed above and that the hours of care and total monthly costs listed above are true and correct.
- I understand that if I am license exempt, I must apply for Trustline and Health & Safety certification registration unless I am an aunt, uncle, grandparent of a child(ren) in my care or a school or recreation facility.
- I understand that the social security number, provided above, may be used to check whether I am also receiving CalWORKs, Food Stamps, and/or Medi-Cal benefits and that I must report this income to my eligibility worker.
- I understand that I must charge the rate I charge for participant's children listed on the front, the same or lower child care rates that I charge other clients for the same service.
- I understand that the County does not act as my employer or have a business relationship with me when I get a child care payment.
- I understand that failing to report facts or giving wrong or incomplete facts on this report can result in legal prosecution with penalties of a fine, imprisonment or both.

**I declare under penalty of perjury under the laws of the State of California that the information contained in PART B on this report is true and correct.**

SIGNATURE OF PROVIDER	DATE
SIGNATURE OF RECIPIENT	DATE

**INFORME PARA EL REEMBOLSO PROVENIENTE DEL PROGRAMA DE CALIFORNIA DE OPORTUNIDADES DE TRABAJO Y RESPONSABILIDAD HACIA LOS NIÑOS (CalWORKs) PARA GASTOS DE CUIDADO DE NIÑOS**

**Instrucciones:**

- Si usted tiene gastos aprobados de cuidado de niños y quiere un pago, complete este informe y devuélvaselo a su trabajador cada mes. Si no se recibe un informe completo cada mes, es posible que sus beneficios de cuidado de niños se retrasen, se nieguen o se descontinúen.
- Usted tiene que completar la PARTE A y cada proveedor de cuidado de niños tiene que completar la PARTE B, la cual se encuentra en la siguiente página de este formulario. Si necesita más copias, pídaselas a su trabajador.

**SOLO PARA USO DEL CONDADO**

Date Received:

Worker Number:

Case Name:

Case Number:

the boxes below when the status for each has been verified.

Total Hours Verified

Evening/weekend Hours

For License Exempt Provider

Applied For Trustline

Trustline Registered

Exempt From Trustline

RMR Changed

**PARTE A - EL BENEFICIARIO COMPLETA ESTA SECCION.**

1. MES/AÑO DE LA PETICION	2. NOMBRE (NOMBRE, NOMBRE QUE USA EN MEDIO, APELLIDO)	NOMBRE DEL CASO, SI ES DIFERENTE	TELEFONO DEL HOGAR ( )
TELEFONO DEL TRABAJO, SI ES PERTINENTE ( )	DIRECCION (NUMERO, CALLE, CIUDAD, ESTADO, CODIGO POSTAL)		

3. Anote el número de horas que trabajó o participó en una actividad de CalWORKs aprobada por el condado, cada día del mes. (No escriba nada en los espacios bajo los días en que usted no fue a trabajar o no participó en una actividad aprobada por el condado.) Adjunte pruebas.

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	TOTAL DE HORAS

4. Anote sus horas regulares de trabajo o las horas de su actividad de CalWORKs aprobada por el condado. *Por ejemplo: lunes-jueves, desde las 8:00 de la mañana hasta las 5:00 de la tarde; sábado, desde la 1:00 de la tarde hasta las 5:00 de la tarde; domingo, desde la 1:00 de la tarde hasta las 4:00 de la tarde y desde las 6:00 de la tarde hasta las 9:00 de la noche.*

5. Tardo \_\_\_\_\_ horas \_\_\_\_\_ minutos cada día para ir y venir del lugar donde se proporciona el cuidado de niños al lugar donde trabajo y/o a otra actividad de CalWORKs aprobada por el condado.

NOMBRE DEL NIÑO	FECHA DE NACIMIENTO	EDAD	NOMBRE DEL PROVEEDOR	CANTIDAD QUE SE PAGO

6. He cambiado de proveedor de cuidado de niños desde mi última petición para pagos de cuidado de niños. (Si la respuesta es "SI", se tiene que aprobar a su nuevo proveedor antes de que usted pueda recibir pagos.)  SI  NO

7. Estoy recibiendo de otra fuente subsidio en relación al cuidado de niños. (Si la respuesta es "SI", por favor describa.)  SI  NO

**CERTIFICACION**

Entiendo que:

- certifico que trabajé o participé en otra actividad de CalWORKs aprobada por el condado los días y horas anotadas arriba.
  - se puede investigar y verificar cualquier declaración hecha en este formulario.
  - tengo que reportar a mi trabajador si el padre o madre de un niño que recibe cuidado de niños u otro niño viene a vivir a mi hogar, incluyendo a los recién nacidos.
  - tengo que reportar a mi trabajador si los ingresos de mi familia llegan o sobrepasan el límite de ingresos permitidos y han cambiado desde la última vez que se reportó el cuidado de niños
- |                       |                  |                      |                  |
|-----------------------|------------------|----------------------|------------------|
| Tamaño de la familia* | Ingresos por mes | Tamaño de la familia | Ingresos por mes |
| 1-2                   | \$1820 por mes   | 3                    | \$1950 por mes   |
| 4                     | \$2167 por mes   | 5 o más              | \$2513 por mes   |
- \*El tamaño de la familia incluye a los adultos y niños con parentesco sanguíneo y parentesco por matrimonio o adopción que viven en el hogar del niño que recibe cuidado de niños.
- tengo derecho a escoger al proveedor de cuidado de niños que sea mejor para mí y mis hijos.
  - para que yo pueda recibir pagos de cuidado de niños, el proveedor tiene que tener licencia o estar exento de este requisito.
  - si escojo a un proveedor de cuidado de niños que esté exento de tener licencia, el proveedor tiene que solicitar que se le inscriba en el Registro de Personas con Antecedentes Aprobados (*Trustline Registration*) o estar ya inscrito en ese Registro y tiene que cumplir con los requisitos de certificación respecto a la salud y seguridad, a menos que esté exento.
  - el condado no actúa como el empleador del proveedor de cuidado de niños, y no tiene una relación de negocios con el proveedor de cuidado de niños cuando se hace un pago de cuidado de niños.
  - si escojo el cuidado de niños en mi hogar, es posible que se considere que yo soy el empleador y seré responsable de cumplir con las leyes federales y estatales relacionadas al empleo.
  - tengo que reembolsar los pagos de cuidado de niños que no tenga derecho a recibir.

**Declaro bajo pena de perjurio, en conformidad con las leyes del Estado de California, que la información incluida en la PARTE A de este informe es verdadera y correcta.**

FIRMA DEL BENEFICIARIO

FECHA

**PARTE B - SOLAMENTE EL PROVEEDOR DE CUIDADO DE NIÑOS COMPLETA ESTA SECCION.**

**Mes/Año de la petición:** \_\_\_\_\_

1. NOMBRE DEL PROVEEDOR (NOMBRE, NOMBRE QUE USA EN MEDIO, APELLIDO) O NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO					NO. DE SEGURO SOCIAL/NO. DE IDENTIFICACION PARA IMPUESTOS (OPCIONAL)	
DIRECCION DE DONDE SE PROPORCIONA EL CUIDADO	NUMERO	CALLE	CIUDAD	ESTADO	CODIGO POSTAL	TELEFONO ( )
DIRECCION A DONDE SE MANDAN LOS PAGOS, SI ES DIFERENTE DE LA ANTERIOR						TELEFONO ( )
NUMERO	CALLE	CIUDAD	ESTADO	CODIGO POSTAL		

2. Proporcioné cuidado de niños en:  mi casa  casa del niño  hogar que proporciona cuidado de niños ( pequeño  grande)  guardería infantil

para la familia mencionada en la página 1 en \_\_\_\_\_ (mes/año), para los siguientes niños: Cuota pagada por la familia

Nombre del niño	Cantidad cobrada por niño	Cuota que se cobró	Especifique cómo se cobró (por hora, día, semana, mes)
A.			
B.			
C.			
D.			
<b>Total</b>			

3. Anote el número de horas que le proporcionó cuidado a cada niño cada día del mes:

Niño	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	TOTAL	
A.																																	
B.																																	
C.																																	
D.																																	

**Otra información:**

4. En relación a las casillas que se encuentran a continuación, marque (✓) la que sea pertinente para usted.

- Certifico que soy un proveedor de cuidado de niños con licencia y que mi número válido de licencia es \_\_\_\_\_.
- Certifico que no necesito una licencia de cuidado de niños porque (se requiere sólo una opción):
  - soy pariente del niño: niño A: \_\_\_\_\_, niño B: \_\_\_\_\_, niño C: \_\_\_\_\_, niño D: \_\_\_\_\_.
  - (PARENTESCO) (PARENTESCO) (PARENTESCO) (PARENTESCO)
  - en cualquier momento dado, cuido a mis propios hijos y a los hijos de solamente una familia más.
  - el establecimiento es una escuela exenta, pública o privada, que administra un programa de antes y/o después de la escuela para niños de edad escolar, siempre que el programa que la escuela ofrezca sea administrado por la escuela y dirigido por maestros que reúnan los requisitos y que estén empleados por el programa de recreación de la escuela o por el distrito escolar.
  - el establecimiento ofrece un programa de recreación público o privado.

**CERTIFICACION**

- Declaro que tengo por lo menos 18 años de edad.
- Declaro que proporcionaré el cuidado de niños mencionado arriba y que las horas de cuidado y el total de los costos mensuales mencionados arriba son verdaderos y correctos.
- Entiendo que si estoy exento del requisito de tener licencia, tengo que solicitar que se me inscriba en el Registro de Personas con Antecedentes Aprobados (*Trustline Registration*) y en el registro de certificación respecto a la salud y seguridad, a menos que sea tía, tío, abuela o abuelo de los niños bajo mi cuidado, o el cuidado se proporcione en una escuela o establecimiento de recreación.
- Entiendo que el número de Seguro Social, que se proporcionó arriba, podría usarse para verificar si también estoy recibiendo beneficios provenientes del Programa de California de Oportunidades de Trabajo y Responsabilidad hacia los Niños (CalWORKs), estampillas para comida, y/o el Programa de Asistencia Médica de California (Medi-Cal), y que tengo que reportar estos ingresos a mi trabajador de elegibilidad.
- Entiendo que tengo que cobrarle al beneficiario mencionado en la página 1 de este formulario la misma cuota o una más baja que la que les cobro a otros clientes por el mismo servicio.
- Entiendo que el condado no actúa como mi empleador ni tiene una relación de negocios conmigo cuando recibo un pago de cuidado de niños.
- Entiendo que el no reportar datos o el dar información falsa o incompleta en este informe puede resultar en enjuiciamiento legal con sanciones de una multa, encarcelamiento o ambos.

**Declaro bajo pena de perjurio, en conformidad con las leyes del Estado de California, que la información incluida en la PARTE B de este informe es verdadera y correcta.**

FIRMA DEL PROVEEDOR	FECHA
FIRMA DEL BENEFICIARIO	FECHA